



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

Curso de Medicina

**André Augusto Gomes Perez**

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES GERIÁTRICOS NA  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA: Perfil Epidemiológico, Avaliação de  
Indicação, Desfechos e Contexto Financeiro**

Brasília – DF,

2019

**André Augusto Gomes Perez**

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES GERIÁTRICOS NA  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA: Perfil Epidemiológico, Avaliação de  
Indicação, Desfechos e Contexto Financeiro**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Medicina do  
UniCEUB como requisito para obtenção do  
título de Médico.

Orientador: Neulânio Francisco de Oliveira.

Co-orientador: Lucas Rabelo Fernandes  
Leão.

Brasília – DF,

2019

PEREZ, André Augusto Gomes.

Cuidados Paliativos em Pacientes Geriátricos na Unidade de  
Emergência: Perfil epidemiológico, Avaliação da Indicação,  
Desfechos e Contexto Financeiro, 2019, 57 p.

Monografia (TCC) – Curso de Medicina do UniCEUB

Orientador: Neulânio Francisco de Oliveira

Co-orientador: Lucas Rabelo Fernandes Leão

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES  
Curso de Medicina do UniCEUB

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC**

**DATA: 21 de maio de 2019**

**ORIENTADOR: NEULANIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**  
**CO-ORIENTADOR: LUCAS RABELO FERNANDES LEÃO**

**1º EXAMINADOR: LUZITANO BRANDÃO FERREIRA**

**2º EXAMINADOR: ANDRÉA LOPES RAMIRES KAIRALA**

## SUMÁRIO:

EPÍGRAFE.....	i
LISTA DE FIGURAS .....	ii
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	iv
1. RESUMO.....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. INTRODUÇÃO.....	3
4. OBJETIVOS	
1. OBJETIVO GERAL.....	8
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
6. RESULTADOS.....	14
7. DISCUSSÃO.....	27
8. CONCLUSÃO.....	37
9. REFERÊNCIAS.....	39
10. APÊNDICES E ANEXOS.....	43

“O sofrimento somente é intolerável  
quando ninguém cuida”

Cicely Saunders (1918-2005)

## LISTA DE FIGURAS:

1. Diagrama 1 – Diagrama da aplicação de critérios de exclusão na seleção dos prontuários.
2. Gráfico 1 - Indicações de CP, classificados segundo critérios em Anexo 1.
3. Gráfico 2 – Motivo de internação no BOX, classificado segundo Anexo 3. Dividido entre candidatos e não candidatos a CP.
4. Gráfico 3 – Sistemas em terminalidade, conforme Anexo 2. Dividido em candidatos e não candidatos a CP.
5. Gráfico 4 – Medidas paliativas adotadas para os candidatos e não candidatos a CP.
6. Gráfico 5 – Porcentagem de óbitos nos quatro grupos e distribuição de acordo com o local da morte.
7. Gráfico 6 – Uso de dispositivos pelos Candidatos a CP
8. Gráfico 7 – Indicações de BOX pela causa, conforme Anexo 3.
9. Gráfico 8 – Distribuição de sistemas em terminalidade, de acordo com Anexo 2. Dividido conforme indicação de CP.
10. Gráfico 9 – Distribuição de indicação de CP pela avaliação do prontuário, baseado no Anexo 1. Dividido conforme indicação de CP pela equipe assistente.
11. Gráfico 10 – Medidas paliativas adotadas para os pacientes candidatos a CP. Dividido em conforme a indicação de CP pela equipe assistente.
12. Gráfico 11 – Uso de medidas de suporte de vida nos pacientes em CP (N = 28) versus candidatos sem CP.

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

1. Tabela 1 – Idade e tempo de internação dos idosos internados no BOX de emergência.
2. Tabela 2 – Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes, dividido segundo os grupos: Candidatos, Não Candidatos, Candidatos em CP e Candidatos que não receberam CP.
3. Tabela 3 – Fatores associados à elegibilidade e implementação de cuidados paliativos.
4. Tabela 4 – Perfil comparativo dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos.
5. Tabela 5 – Motivo de internação na sala de emergência para os pacientes em CP, conforme Anexo III.
6. Tabela 6 – Comparativa da distribuição da presença de doenças de base nos pacientes elegíveis a CP
7. Tabela 7 – Comparativo entre a proporção da adoção de medidas paliativas nos pacientes em cuidados paliativos.
8. Tabela 8 – Tempo médio de internação dos pacientes que necessitaram de UTI.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS:



ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ATB	Antibióticoterapia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CVC	Cateter Venoso Central
DF	Distrito Federal
DVA	Droga Vasoativa
ER	Emergency Room
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
IC	Intervalo de Confiança
IRA	Injúria Renal Aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
MN	Mediana
NCIH	Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
NGC	Núcleo de Gestão de Custos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Pronto-Socorro
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RR	Risco Relativo
SNE	Sonda Nasoenteral

SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOT	Tubo Orotraqueal
TQT	Traqueostomia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## 1. RESUMO

**Introdução:** Os cuidados paliativos (CP) estão associados a melhor qualidade nos momentos finais da vida. Entender a importância da indicação de CP na emergência leva a um melhor cuidado para o paciente e família e reduz custos associados ao cuidado. Objetivos: Caracterizar a população de pacientes geriátricos internados na emergência do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) com indicação de CP e as condutas tomadas pela equipe médica. Comparar o perfil com aqueles não elegíveis, e analisar os custos relacionados ao cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, quantitativo e descritivo, realizado na unidade de emergência do HRSM, Distrito Federal. Os dados foram coletados por meio do prontuário eletrônico. Pesquisa apreciada sob o CAAE: 04769418.2.0000.0023. **Resultados:** A média de idade foi de 72,99 ( $\pm 9,0$ ) anos, sendo 57,43% feminino, com tempo de internação de 22.0 ( $\pm 30.3$ ) dias. A principal causa que determinou a necessidade de internação em BOX foi cardiovascular (36.6%), 52.4% apresentaram indicações de CP, o maior grupo (29.2%) por não serem candidatos à terapia curativa, entretanto, apenas 11.2% dos elegíveis receberam CP. Destes 64.3% receberam medida paliativa ( $p < 0,001$ ). Embora descritas, não houve diferença na implementação de medidas de suporte de vida (TOT, SVD, SNE, SVD e ATB) entre estes grupos. Não houve relação entre doença em estado terminal e indicação de CP pela equipe ( $p = 0,056$ ). Dos que receberam CP, 42.8% dos tinham síndrome de fragilidade e 25.6%, câncer. Quanto aos custos, o custo médio paciente/dia no pronto-socorro foi de R\$ 137,61, e o custo médio do paciente em UTI foi de R\$ 4.617,49. Caso implementadas as medidas paliativas nos pacientes elegíveis haveria uma economia teórica de 46,5% dos gastos nos pacientes em CP ou 24.4% dos gastos totais, calculado próximo a R\$1.822.964,23, ou R\$985,04 leito/dia. **Conclusão:** Considerada a literatura para CP em idosos na emergência, houve menor indicação de CP pela equipe médica. Apresentaram menor utilização de medidas paliativas, com exceção de sedação paliativa, mas semelhante quando comparadas às medidas adotadas em pacientes com expectativa de vida maior do que um ano. A introdução de CP nestes pacientes foi custo-efetiva, com valores semelhantes aos da literatura. **Palavras-chave:** Cuidados paliativos, emergência, geriatria

## 2. ABSTRACT

**Background:** The palliative care (CP) is associated with better quality in the last moments of life. Understanding the relevance of the CP indication in emergency leads to a better care for the patient, his family and also reduces costs associated with the care. **Objectives:** describe the profile of the geriatric patients admitted in the emergency room (ER) of Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) with CP indication, as well as the management assumed by the medical staff. Compare between the profile of the eligible and non-eligible groups, and analyze the associated with the care. **Methods:** We performed an observational, retrospective, quantitative and descriptive study in the ER of HRSM, Distrito Federal. The data was collected from the electronic medical record - TrakCare. The research was appraised under the CAAE: 04769418.2.0000.0023. **Results:** The mean age was 79,22 ( $\pm 9,0$ ) years, 57,43% were woman, with 22.0 ( $\pm 30.3$ ) days of hospitalization. Cardiovascular diseases caused most of the ER admissions (36,3%). 52.4% of the patients had at least one CP indication criteria, 29.2% of those were not candidate for curative therapy. 11.2% of the eligible received CP from the medical staff. Of those who received CP, 64,3% received limitation of care or comfort measures ( $p < 0,001$ ). There was no difference in the implementation of life support measures between those two groups. There was no association between terminal disease and CP indication by the medical staff. The most prevalent criteria for CP was fragility (42.8%), followed by cancer (25.6%). In a hypothetical situation, 46,5% of the costs could be saved in case of CP implementation (R\$1.822.964,23 reais in total, or R\$985,04 per patient per day). **Conclusion:** having in mind the inconsistency of the information available, our study showed fewer CP indications, as well as less palliative care measures, except by the use of palliative sedation or when compared with patients with life expectancy longer than 1 year. The introduction of a CP program in eligible patients could be cost-saving, with values similar to the literature. **Key words:** emergency, palliative care, geriatric

### 3. INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) são as medidas e princípios adotados por uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo a melhora de qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas e/ou ameaçadoras à vida e de doenças incuráveis. Também, busca trazer esta melhora às suas famílias. As medidas adotadas são baseadas na prevenção e no alívio do sofrimento, bem como na identificação precoce e avaliação rigorosa dos sintomas – em especial a dor – para seu controle adequado, além disso, também atentam ao atendimento às necessidades sociais, espirituais e psicológicas do paciente e da família. Cuidado este que deve ser feito em todos os níveis da atenção, independentemente do prognóstico ou local de internação (casa, enfermaria, UTI...), conforme definição atualizada da OMS (ALLIANCE, 2014).

Com a mudança do cenário epidemiológico-demográfico da população, influenciado pela redução da mortalidade por causas infecciosas e da mortalidade infantil, avanços no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), melhorias sanitárias e controle de doenças transmissíveis, sobreveio o aumento da expectativa de vida da população brasileira, conforme dados coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dados de 2016. (BRASIL, 2019)

O envelhecimento populacional, associado à evolução no controle de doenças crônicas, faz com que a discussão sobre os problemas sociais, psicológicos e físicos causados pelas DCNT torne-se cada vez mais importante. O acúmulo de comorbidades interfere diretamente na qualidade de vida do paciente. Pacientes portadores de qualquer DCNT apresentam um aumento de 1,7 vezes o número de internações e deixam de realizar suas atividades habituais

até 3,1 vezes mais (MALTA, 2017). Além disso, estes pacientes estão fadados a conviver com sintomas diários, angústia emocional e maior dependência social. Entender a complexidade destes pacientes e o contexto no qual estão inseridos é de fundamental importância para o correto manejo e melhora da sua qualidade de vida (ZERTUCHE-MALDONADO, 2018)

Os cuidados paliativos permitem trazer ao paciente que experimenta o estágio avançado de uma doença crônica melhora na qualidade de vida, melhor aceitação da doença tanto por parte do próprio paciente quanto por parte dos familiares, bem como possibilita melhor entendimento por parte da equipe do conceito e da importância do controle dos sintomas e do estreito laço na relação médico-paciente e equipe-paciente. De fato, um estudo do New England que comparou dois grupos de pacientes terminais – um com visitas do paliativista ao leito e o outro sem – revelou um aumento da expectativa de vida, naqueles pacientes que receberam visita de médico paliativista, de 2.7 meses, em média (TEMEL, 2010).

Os cuidados paliativos não são construídos dentro de regras estritas, mas em princípios em que devem ser baseadas as condutas (WHO, 2002; PESSINI, 2004; ARAÚJO, 2006):

- 1 – Aceita a morte como um processo natural da vida;
- 2 – Não acelera ou adia a morte;
- 3 – Busca o alívio da dor e outros sintomas;
- 4 – Incorpora os eixos psíquico, social e espiritual no cuidado do paciente;
- 5 – Oferece rede de apoio com o intuito de manter autonomia e qualidade de vida até o seu fim;
- 6 – Presta uma rede de apoio aos familiares no processo do morrer e na vivência do luto.

Antigamente, o conceito associado à ideia dos CP navega nos ideais da eutanásia – a interrupção da vida com o intuito do controle do sofrimento. Entretanto, a visão holística dos CP entende a morte como processo da vida, portanto não busca adiá-la ou adiantá-la, contrapondo-se às ideias de eutanásia e distanásia (ARAÚJO, 2006). De fato, hoje entende-se que os CP não estão restritos aos pacientes moribundos, mas a todo aquele que pode se

beneficiar de um cuidado que vá além da cura sua doença – alívio do sofrimento, conforto social, emocional e espiritual, apoio à família, dentre inúmeras outras vantagens que se pode tirar dos CP, para pacientes com doenças crônicas e naquelas limitantes/ameaçadoras da vida (McCoughlan, 2004).

Segundo a OMS, estima-se que em 2020, mais de 1 milhão de latino-americanos vão depender de cuidados paliativos específicos durante a sua vida (TORRES-VIGIL, 2008). Mesmo reconhecendo a importância dos CP, sua indicação, na prática, ainda é subestimada. Um estudo Mexicano que observou registros de óbitos entre 2000 e 2011 constatou que aproximadamente 52% dos pacientes que morreram tinham alguma indicação para cuidados paliativos (SANDRA, 2017). Um outro estudo latino-americano revelou que 66% dos pacientes admitidos na emergência apresentavam pelo menos um critério para cuidados paliativos por doença avançada, sendo que 81% destes morreram num período de até 1 ano (ZERTUCHE-MALDONADO, 2018).

Quando colocado em discussão as práticas de algum grupo, é fundamental considerar quais os resultados destas medidas e quais os custos estão associados a elas. Após consideradas as vantagens teóricas, deparamo-nos com a questão econômica. Neste contexto, é necessário se considerar duas variáveis – qual o peso econômico de uma abordagem padrão, e qual esse custo quando considerado um paciente em Cuidados Paliativos.

Quando consideramos os pacientes internados em uma unidade de cuidado intensivo numa realidade como a do serviço público do Brasil, devem ser consideradas fatores intrínsecos do nosso sistema de saúde. Para se ter uma ideia, o custo diário por leito de UTI adulta em um hospital público da João Pessoa-PB, foi de R\$ 3.864,86, chegando a R\$ 1.391.348,64 de custo anual por leito, em média. Segundo o mesmo artigo, o repasse do SUS é de R\$ 478,00 por diária de uma UTI adulta (SÁ, 2015).



Um estudo multicêntrico comparou retrospectivamente dois grupos na unidade de cuidado intensivo: cuidados usuais *versus* cuidados paliativos. Os resultados revelaram uma diminuição em \$1696 dólares na internação, com uma média de \$279 dólares economizados por dia naqueles pacientes que receberam alta hospitalar, e de \$4908 dólares (\$376 diário) naqueles que evoluíram para óbito durante a internação. Sendo que não houve diferença significativa no tempo de internação dos pacientes em CP, tanto nos pacientes que morreram, quanto naqueles que receberam alta hospitalar (MORRISON, 2008).

Trazendo para a realidade brasileira, a prática de CP no Brasil iniciou-se na década de 80, de maneira incipiente, ganhando força a partir dos anos 2000, com estruturação dos serviços que praticavam a palição. Entretanto, geralmente estão restritos a grandes centros de alta complexidade e são ofertados de maneira tardia, que culmina em um prejuízo tanto da qualidade de vida, quanto na qualidade de morte dos pacientes candidatos a CP. (PUPIM, 2018).

No primeiro semestre de 2018, foram realizadas 4.651.032 internações no atendimento de urgência/emergência no país. Destas, 1.151.769 (24,7%) foram de idosos. No distrito federal ocorreram 1,9% de todas as admissões, sendo 13.490 (1,17%) dos internações de maiores de 60 anos. Não existem dados que tratem da prevalência de CP nos pacientes admitidos na emergência no DF.

O Hospital Regional de Santa Maria, no Distrito Federal (HRSM), apresenta alta prevalência de internações de pacientes na faixa etária geriátrica. Segundo o DATASUS, no primeiro semestre de 2018, houve 8056 internações, sendo 811 (10,06%) de pacientes maiores de 60 anos, com 173 mortes deste grupo no mesmo período (21,33%). Grande parte destes óbitos é de pacientes que apresentariam algum critério para cuidados paliativo. Até 66% dos pacientes admitidos na emergência apresentam pelo menos um critério de CP (ZERTUCHE-MALDONADO, 2018).

Além disso, sabe-se que a não indicação de CP ou quando esta é feita muito tardiamente ou de forma equivocada pela equipe pode acarretar, além de prejuízo para a qualidade da assistência ao paciente, em maior custo sem benefício significativo no cuidado deste paciente. Quando comparado um paciente em CP *versus* aqueles que não recebem CP, a não indicação de um candidato à abordagem paliativa chega a um gasto de até \$4908 dólares por paciente durante seu tempo de internação (MORRISON, 2008).

Este estudo pretende conhecer a realidade clínico-epidemiológica desses pacientes, as práticas clínicas habituais da equipe assistencial no que concerne ao uso ou restrição de medidas de suporte de vida e medidas paliativas, seus desfechos e o contexto financeiro no qual a unidade está inserida.

E, desta forma, à luz do conhecimento evidenciado, oferecer instrumentos à equipe e gestão local para que possam estar adequadamente preparados para buscar o modelo ideal de práticas e de organização de equipe e instituição no que concerne ao cuidado destes pacientes.

#### 4 – OBJETIVOS:

##### 4.1 – GERAL:

Caracterizar a população de pacientes geriátricos internados na emergência do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) com indicação de cuidados paliativos e as condutas tomadas pela equipe médica.

##### 4.2 – ESPECÍFICOS:

1 - Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos na emergência do HRSM.

2 – Descrever os aspectos clínicos, desde a admissão até a alta ou óbito do paciente;

3 – Identificar a indicação de cuidados paliativos pela equipe médica para os pacientes internados na unidade de emergência do HRSM;

4 – Comparar os custos de internação na emergência do HRSM nos pacientes sem cuidados paliativos, com cuidados paliativos e com os dados da literatura.

## 5 – MATERIAIS E MÉTODOS:

### 5.1 – Desenho do estudo e delineamento:

Tratou-se de um estudo observacional, retrospectivo, quantitativo e descritivo, realizado no BOX de emergência do Hospital Regional de Santa Maria, Distrito Federal.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do UniCEUB por meio do portal da Plataforma Brasil. Houve dispensa da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido.

### 5.2 – Sujeitos da pesquisa:

Participaram deste estudo todos pacientes idosos com idade maior ou igual a 60 anos internados no BOX de emergência do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2018.

Critérios de inclusão: Internação no BOX de emergência do HRSM por mais de 24h; Ter idade igual ou superior a 60 anos.

Critérios de exclusão: Pacientes internados na emergência por menos de 24 horas; Idade inferior a 60 anos; Dados insuficientes para o entendimento do diagnóstico, tratamento e/ou indicação de CP.

### 5.3 – Coleta de Dados:

A identificação dos pacientes foi feita através do sistema de prontuário eletrônico TrakCare. Os dados foram coletados pelo pesquisador.

Dados relacionados aos custos foram coletados juntamente com o NGC/HRSM e na plataforma DATASUS. Dados relacionados às infecções hospitalares foram coletados juntamente com a NCIH/HRSM.

#### 5.4 – Variáveis:

Os seguintes dados foram coletados dos prontuários: Idade, Sexo, Causa da indicação de BOX (Pela CID), Agravo Clínico/Cirúrgico, Desfecho, Local do desfecho, Tempo de internação total, Tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), Solicitação e disponibilização de vaga de UTI, Critérios de Indicação de CP (pela análise do prontuário), Indicação de CP (pela equipe), Critérios de Terminalidade, Uso de DVA, Uso de ATB, Contagem de esquemas de antibioticoterapia utilizados, Uso de cateter venoso central, Uso de ventilação mecânica, Uso de traqueostomia, Uso de sonda vesical de demora, Uso de sonda nasoenteral, Presença de complicação por uso de dispositivo, Se houve discussão do caso com a família, Medidas tomadas após indicado CP pela equipe médica.

#### 5.5 – Metodologia:

Para a coleta dos dados, foram utilizadas apenas as evoluções médicas que constavam no prontuário, sendo que para as informações para “indicação de CP” (Anexo 1) e “Terminalidade” (Anexo 2) foram consideradas informações prévias à internação e, para os demais dados, apenas os dados descritos na evolução atual. Para os pacientes que apresentaram mais de uma internação no período do estudo, foi considerada a última internação.

Quanto à indicação de necessidade de BOX, foi utilizada a classificação CID-10 para diagnósticos e doenças, dividido conforme Anexo 3.

Nos casos onde se aplica, os prontuários foram acompanhados durante a internação em UTI e na enfermaria após esta. Aqueles transferidos para outras unidades para seguimento do tratamento sem a passagem pela UTI foram retirados do estudo.

Foi considerado “Complicações por Dispositivo Invasivo” aquelas advindas diretamente do procedimento, como por exemplo no caso de um pneumotórax que se desenvolve durante a passagem de cateter venoso central, bem como aquelas que ocorreram de maneira indireta, como infecções de cateter, ITU nas SVD ou pneumonia nosocomial na IOT. Foram consideradas como hospitalares aquelas infecções do sítio do dispositivo descritas no prontuário após 48 horas do procedimento ou que apresentaram microrganismo multirresistente à cultura. Os dados relacionados às infecções segundo os critérios da ANVISA foram coletados juntamente com a CCIH/HRSM.

Foi considerado tempo prolongado em UTI quando os dias de internação do paciente na unidade excederam a sete dias (OLIVEIRA, 2010).

Foi indicado CP por “portadores de doença incurável” naqueles pacientes internados por causa de sua doença em estado terminal, conforme Anexo 2, ou nos casos onde estava descrito em prontuário.

Quando preenchido algum critério de terminalidade em virtude de doença aguda, como no caso de dialíticos por IRA, por exemplo, este critério não foi computado para a variável “Terminalidade”, uma vez que não se caracteriza como doença terminal, mas doença em fase aguda com possível capacidade de reversão.

## 5.6 – Abordagem estatística:

Foi feita compilação dos dados em planilha do Excel e análise dos dados obtidos com auxílio do software SPSS. Foram comparados os dados obtidos entre si, utilizando-se o *T-test*

para a relação entre variáveis quantitativas e paramétricas, para as variáveis não paramétricas foi utilizado o Mann-Whitney U *test* ou Wilcoxon no caso das variáveis pareadas. A distribuição da amostra foi avaliada pelo Shapiro-Wilk *test*. A relação entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando fosse o caso. Foi usado o teste de McNemar no caso das variáveis categóricas pareadas. Foi considerado como significativo o intervalo de confiança (IC) de 95% ( $p < 0,05$ ).

#### 5.7 – Riscos:

A pesquisa apresenta risco mínimo. Os riscos relacionados à pesquisa estão relacionados com a não vigilância do princípio do sigilo médico e exposição dos dados dos pacientes. Por meio do não armazenamento correto dos dados ou pela atitude de má fé. Os pesquisadores se propõem a tomar as devidas medidas de segurança para garantir o sigilo dos dados coletados.

#### 5.8 – Benefícios:

Conhecer a população com indicação de CP e oferecer à instituição uma evidência do cuidado ofertado para possivelmente ser estruturada nova estratégia de conduta e melhor gestão do recurso financeiro destinado a esses pacientes. Também, fomentar a discussão em cuidados paliativos e estimular a capacitação da equipe em identificar os casos de pacientes com indicação para CP.

#### 5.9 – Ética:

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, com parecer N° 3.178.680/19, tendo sido homologado pela coordenação em 28 de fevereiro de 2019. Foi liberada sob o CAAE: 04769418.2.0000.0023.

A pesquisa não envolve contato direto com seres humanos ou com animais, apenas dados de prontuários. Foi realizada dispensa da realização do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), conforme documento entregue juntamente ao CEP/UniCEUB.

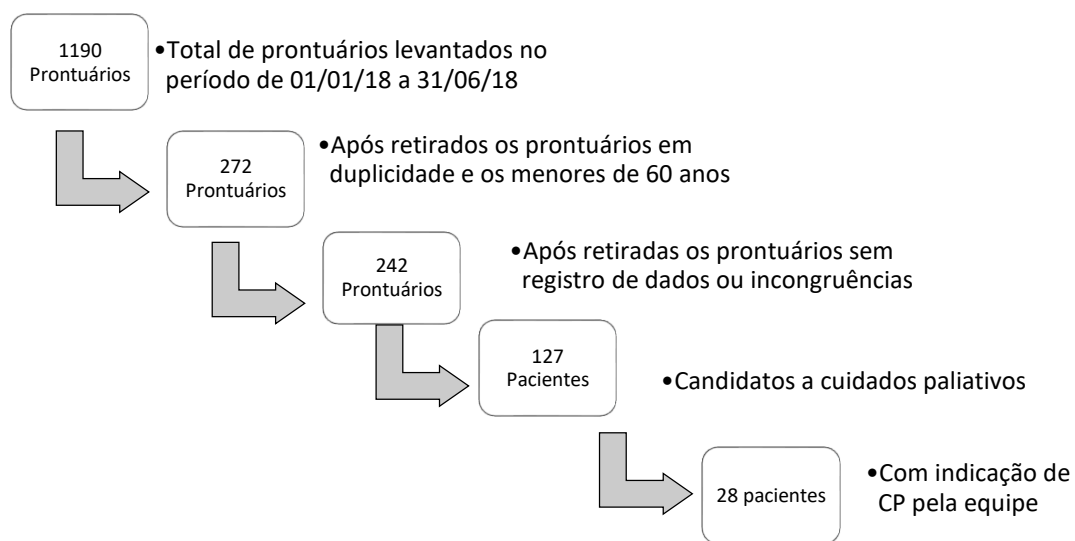
#### 5.10 – Financiamento:

A pesquisa dependeu, exclusivamente, de gastos indiretos, relacionados aos pesquisadores e à divulgação e publicação dos resultados. Por este motivo, não contou com financiamento externo de qualquer tipo.



## 6. RESULTADOS

Inicialmente, foram levantados 1190 prontuários de pacientes internados no BOX de emergência do Hospital Regional de Santa Maria no período de 1 de janeiro a 30 de junho. Após avaliação dos prontuários encontrados e aplicados os critérios de exclusão, sobraram 242 prontuários, que foram estudados conforme explicado na figura abaixo:



### Perfil de todos os pacientes geriátricos admitidos no BOX

A idade média geral do total dos idosos internados na unidade foi de 72,99 anos, havendo uma predominância do sexo feminino de 1,37:1. A maior parte dos pacientes apresentavam agravos clínicos (93,80%). Dados da idade e tempo de internação estão descritos na Tabela 1.

	<i>Idade (em anos)</i>	<i>Tempo médio de internação (em dias)</i>
<i>Média</i>	72.99 ( $\pm$ 9,07)	22.01 ( $\pm$ 30,33)
<i>Mediana</i>	72	11

<i>Mínimo</i>	60	0
<i>Máximo</i>	98	232
<i>Percentil 25</i>	66	3
<i>Percentil 75</i>	79	29.25

Tabela 1 – Idade e tempo médio de internação dos idosos internados no BOX de emergência.

Uma vez que boa parte dos pacientes tiveram indicação de suporte intensivo e o desfecho se deu naquela unidade, alguns resultados vão incluir o período de internação em UTI.

Quanto à necessidade de UTI, 78 pacientes (32,23%) tiveram indicação, sendo que destes 78, 24 (30,76% dos 78) faleceram antes de conseguir a vaga. Dos pacientes que foram transferidos para UTI, a média de tempo de internação na UTI foi de 21,13 dias e de internação total foi de 50,34 dias.

Quanto ao desfecho, a taxa de mortalidade global foi de 42,14% e a relação óbito/alta de 1,24:1, com 6.2% de evasão. Na UTI ocorreram 25,74% dos óbitos, 69,30% deles ocorreram no BOX e 4,95% na enfermaria. Não houve relação significativa entre o óbito e o tempo de internação ou óbito e idade.

No que concerne aos dispositivos, 152 (62,8%) pacientes utilizaram, pelo menos, algum tipo de dispositivo invasivo (CVC, SVD, SNE, TOT, TQT), 15 pacientes utilizaram todos os seis dispositivos durante a internação, sendo que 93,33% deles apresentaram alguma complicação por dispositivo. O dispositivo mais utilizado foi a SVD, utilizada por 59,09% de todos os pacientes do estudo, sendo que 44,75% destes apresentaram complicação por dispositivo (seja ele pela própria SVD ou por outro dispositivo, se utilizado em conjunto). Houve relação significativa entre o uso de isolado de qualquer dispositivos e ATB e a presença de complicações por dispositivo, com exceção de TOT.

A avaliação objetiva da dor não foi descrita em nenhum prontuário, seja por meio de escala analógica, numérica ou por meio de escores, como o *Pain Assessment in Advanced*

*Dementia.* As indicações de CP pelos critérios quatro e cinco do Anexo 1 também não foram descritas pela equipe assistente em nenhum dos casos.

### **Perfil dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos**

Os pacientes foram divididos em dois grupos, aqueles com alguma indicação de CP, conforme o Anexo I, que considera os critérios conforme Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e aqueles não candidatos.

Dos 242 pacientes, 127 (52,47% do total) tiveram pelo menos uma indicação de CP pela avaliação do prontuário e, destes, 28 (22,04%) receberam indicação pela equipe médica assistente. Dos pacientes com alguma indicação de CP, a média de critérios de indicação foi de 2,15, sendo a mais observada “Paciente não candidato a terapia curativa” (29,21%), seguida por “Internação prolongada sem evidência de melhora” (18,35%) e “Prognóstico reservado documentado pela equipe médica” (14,98%), conforme o Gráfico 2, abaixo. Houve uma relação significativa entre a maior quantidade de indicações de CP e o fato da equipe assistente ter indicado o CP ( $p < 0,001$ ).

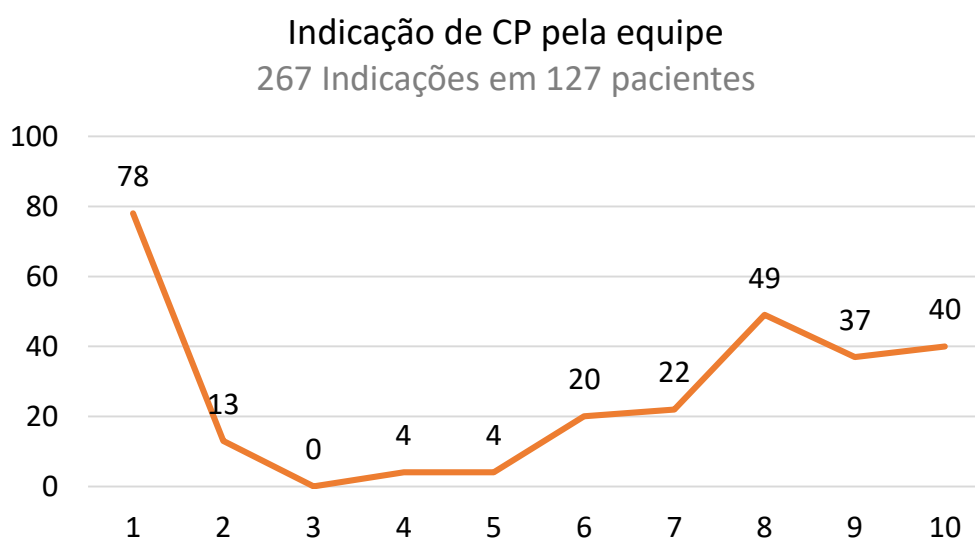


Gráfico 1 - Indicações de CP, classificados segundo critérios em Anexo 1.

Quanto ao motivo de internação no BOX, ambos os grupos apresentaram “Doenças do aparelho circulatório” como principal causa de internação, seguido de “Doenças do aparelho respiratório” para os candidatos e “Doenças do aparelho digestivo” para os não candidatos, conforme gráfico abaixo. Houve uma relação significativa entre a elegibilidade e o motivo da internação ser por doenças do aparelho respiratório ou por transtornos mentais e comportamentais ( $p < 0,004$ ). Houve relação entre a não elegibilidade e internação por causas externas ( $p < 0,001$ ) e por causas gastrointestinais ( $p < 0,035$ ).

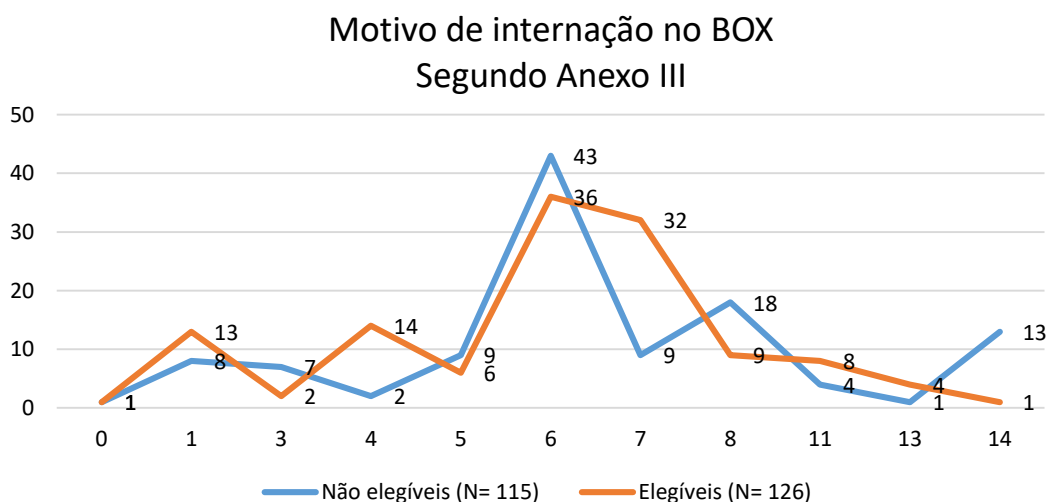


Gráfico 2 – Motivo de internação no BOX, classificado segundo Anexo 3. Dividido entre elegíveis e não elegíveis a CP.

Dos pacientes não candidatos aos CP, 21,74% apresentaram algum fator indicador de fim de vida, de acordo com critérios apresentados no Anexo II. Dos elegíveis para CP, 82,58% apresentaram algum destes fatores, sendo os mais prevalentes: “Cardiopatias” e “Fragilidade”, em 20% e 18,7%, respectivamente, conforme observado no gráfico abaixo. Houve uma relação significativa entre a o paciente em fim de vida e a indicação de CP pelo prontuário ( $p < 0,001$ ), independente da causa ( $p < 0,026$ ).

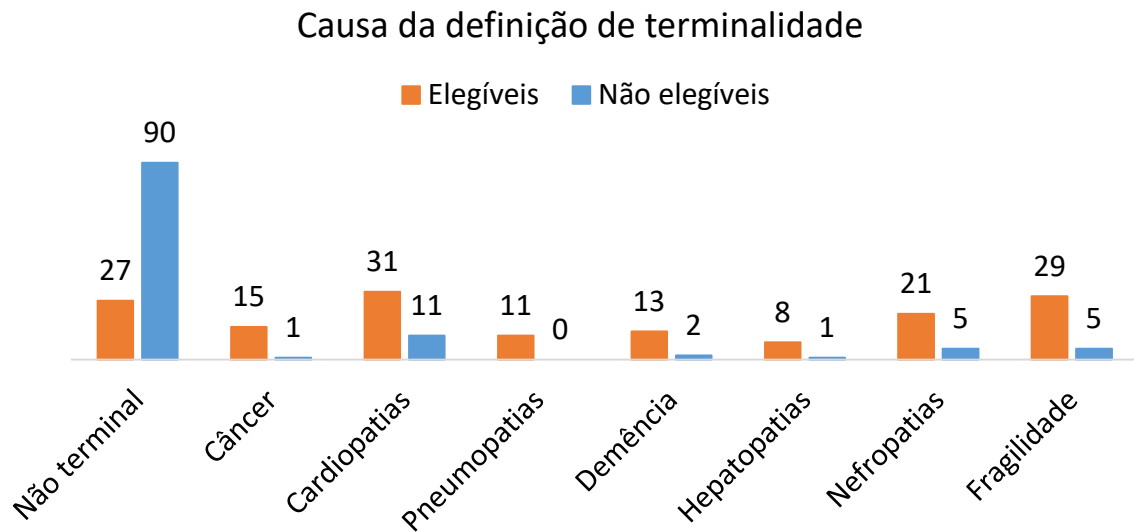


Gráfico 3 – Sistemas em terminalidade, conforme Anexo 2. Dividido em elegíveis e não elegíveis a CP.

Além disso, 14,2% dos elegíveis para CP receberam, pelo menos, algum tipo de medida paliativa descrita em prontuário, versus 2,6% dos não candidatos, distribuídas conforme gráfico abaixo. Houve significativamente mais medidas paliativas para os pacientes elegíveis do que para aqueles não elegíveis ( $p < 0,002$ ), relação independente para “Não ventilar”, “Não ressuscitar” e “Não iniciar ATB” ( $p < 0,032$ ).

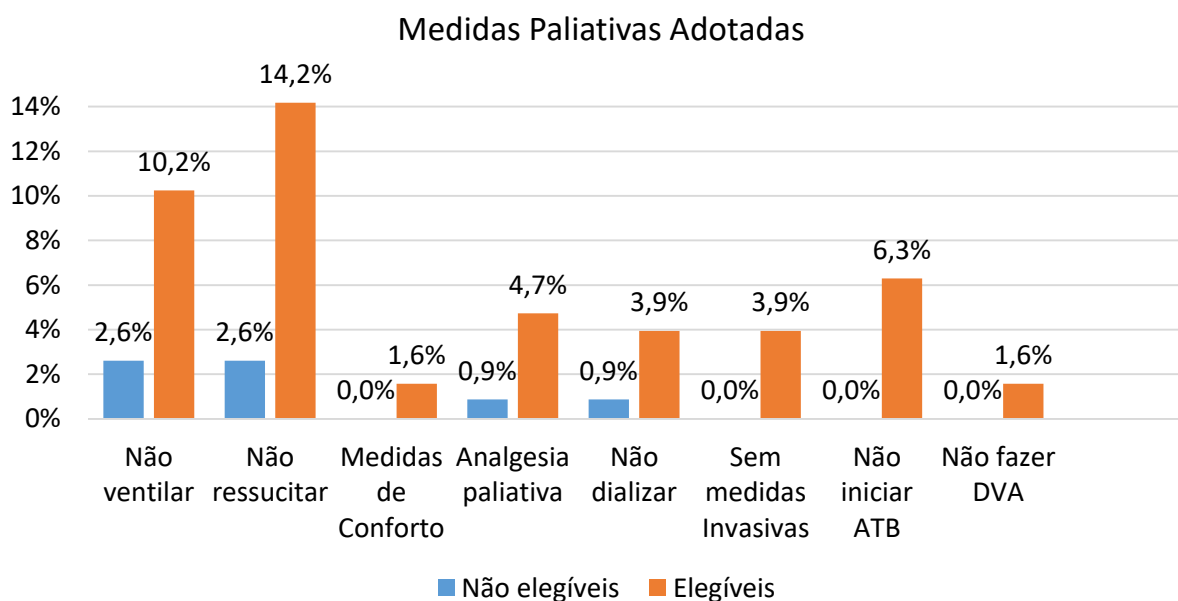


Gráfico 4 – Medidas paliativas adotadas para os pacientes elegíveis e não elegíveis a CP.

### Perfil dos pacientes em cuidados paliativos

Foi então realizada uma subdivisão do grupo dos candidatos a CP em dois subgrupos – aqueles que efetivamente receberam CP (indicados pela equipe assistente) e aqueles que não receberam indicação de CP pela equipe médica.

Foi feita uma comparação do perfil entre os quatro grupos: candidatos a CP, não candidatos a CP, pacientes em CP e candidatos que não receberam indicação de CP pela equipe.

Quanto ao perfil clínico-epidemiológico, o grupo dos não candidatos apresentou menor idade e menor tempo de internação total, conforme Tabela 2, abaixo. Houve diferença significativa entre o tempo total de internação dos não candidatos a CP e os outros três grupos ( $p<0,003$ ). Também, foi encontrada diferença entre a idade do grupo candidato e não candidato ( $p<0,003$ ) e candidato em CP e candidato sem CP ( $p<0,03$ ). Não houve diferença significativa entre o sexo.

	<i>Elegíveis a CP</i> (N= 127)		<i>Não elegíveis</i> (N=115)		<i>Elegíveis em CP</i> (N=28)		<i>Elegíveis sem CP</i> (N= 99)	
	MN	Média	MN	Média	MN	Média	MN	Média
<i>Idade</i>	74	74,48 (±9,11)	70	71,35 (±8,73)	78	78 (±9,59)	72	73,48 (±8,72)
<i>Tempo total de internação</i>	17	31,3 (±37,49)	8	11,74 (±13,50)	15	37,14 (±41,04)	18	29,65 (±36,25)
<i>Sexo Feminino</i>	57,48%		57,39%		60,71%		56,56%	

Tabela 2 – Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes, dividido segundo os grupos:

Elegíveis, Não Elegíveis, Elegíveis em CP e Elegíveis sem CP. \*MN = Mediana

Também, foram avaliados quanto aos fatores associados direta ou indiretamente à elegibilidade e à implementação de CP.

Comparados os grupos de elegíveis e não elegíveis, viu-se que os candidatos a CP apresentaram maior uso de esquemas de ATB ( $p<0,001$ ), mais pacientes em fim de vida ( $p<0,001$ ), maior solicitação de UTI pela equipe ( $p<0,001$ ) e maior disponibilização de UTI por parte do sistema de gestão de leitos de UTI ( $p<0,021$ ), mais complicações por dispositivo ( $p<0,001$ ), maior relato no prontuário de discussão do caso com os familiares ( $p<0,001$ ) e maior adoção de medidas paliativas ( $p<0,001$ ).

O relato de discussão foi considerado sempre em que houvesse alguma menção a comunicação da família sobre o estado de saúde do paciente. Relatos de discussão sobre assuntos correlatos à internação que não incluísse escolha da conduta, atualização do estado de saúde ou integração da família no cuidado não foram relatadas (como questões burocráticas ou levantamento de dados para a anamnese, por exemplo).

Quando comparados os subgrupos dos pacientes elegíveis: aqueles que foram indicados como “em CP” pela equipe e aqueles que não, constatou-se no grupo daqueles em CP: igual uso de esquemas múltiplos de ATB ( $p<0,097$ ), mais condições elegíveis de CP ( $P<0,000$ ), igual sistemas em terminalidade ( $P<0,081$ ). Também houve relação entre indicação de CP pela equipe e relato de discussão do caso com familiares no prontuário ( $p<0,009$ ), bem como maior adoção de medida paliativa ( $p<0,001$ ) com razão de prevalência de adoção de 28,95 nos pacientes em CP.

Independente do grupo, houve relação entre o tempo de internação e discussão do caso com os familiares ( $p<0,001$ ). A tabela abaixo apresenta os principais fatores associados à implementação dos CP e suas condutas.

	ELEGÍVEIS A CP (N= 127)		NÃO ELEGÍVEIS (N=115)		EM CP (N=28)		ELEGÍVEIS SEM CP (N= 99)	
	MN	Média	MN	Média	MN	Média	MN	Média
NÚMERO DE ESQUEMAS DE ATB UTILIZADOS	1	2 (±2,18)	0	0,6 (±0,91)	2,5	2,82 (±2,82)	1	1,77 (±1,89)
NÚMERO DE CONDIÇÕES ELEGÍVEIS PARA CP	2	2,15 (±1,18)	0	0	3	3,28 (±1,16)	2	1,82 (±0,97)
SISTEMAS EM TERMINALIDAD E	1	1,02 (±0,72)	0	0,22 (±0,44)	1	1,28 (±0,99)	1	0,94 (±0,59)
PACIENTES EM FIM DE VIDA	100 (78,12%)		25 (21,73%)		22 (78,57%)		79 (79,79%)	
SOLICITAÇÃO DE VAGA DE UTI	58 (45,66%)		20 (17,39%)		13 (46,42%)		45 (45,45%)	
PROPORÇÃO DE VAGAS DE UTI DISPONIBILIZAD AS	40 (68,96%)		8 (40%)		12 (92,3%)		34 (75,55%)	
COMPLICAÇÃO POR DISPOSITIVO	56 (44,09%)		10 (8,69%)		11 (39,28%)		45 (45,45%)	
CONVERSA COM FAMILIARES	38 (29,92%)		3 (2,6%)		24 (85,71%)		14 (14,14%)	
ADOÇÃO DE MEDIDA PALIATIVA	20 (15,74%)		4 (3,47%)		18 (64,28%)		2 (2,22%)	

Tabela 3 – Fatores associados à elegibilidade e implementação de cuidados paliativos. \*MN = Mediana

Em relação ao desfecho destes grupos, houve maior proporção de óbitos nos pacientes em cuidados paliativos (89,28%) e mais baixa no grupo dos pacientes não candidatos (25,21%). A maior parte dos óbitos ocorreu no BOX (76,65%).

Considerando a baixa proporção de vagas de UTI disponibilizadas no grupo dos pacientes não candidatos (apenas 40%), 93,1% dos óbitos deste grupo ocorreram no BOX, versus uma média de 60,2% dos outros grupos.



Houve diferença estatística entre o desfecho dos candidatos em CP versus os que não receberam CP ( $p < 0,001$ ). A razão de prevalência de óbito quando comparados os candidatos e não candidatos é de 2,28 e quando comparados os candidatos que receberam CP versus aqueles que não receberam, a razão de prevalência é de 1,84. Os dados dos óbitos estão apresentados no Gráfico 5, abaixo.

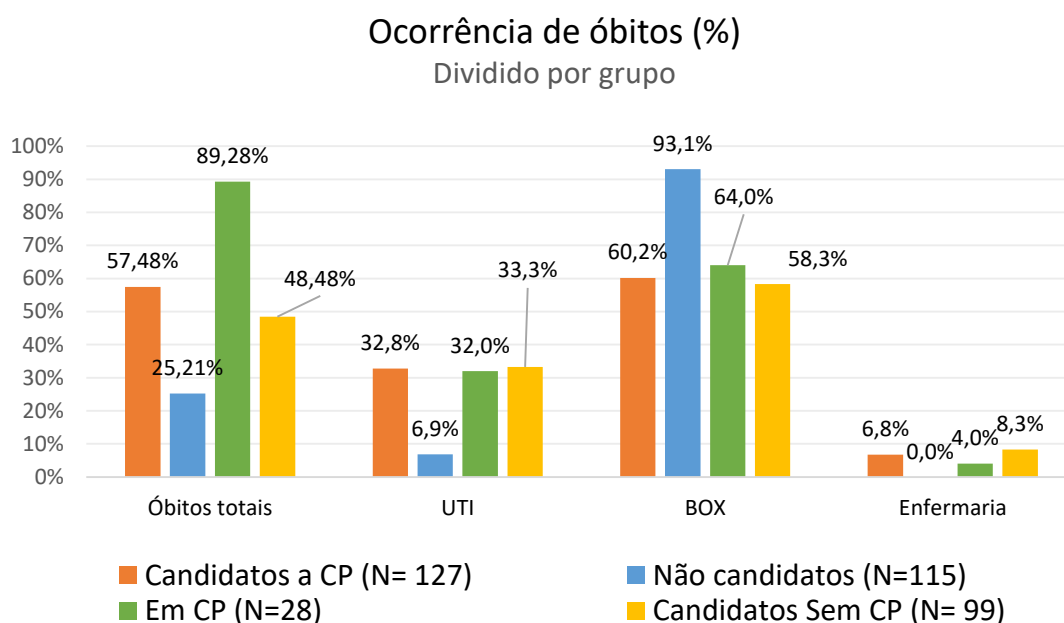


Gráfico 5 – Porcentagem de óbitos nos quatro grupos e distribuição de acordo com o local da morte.

Quanto ao uso de medidas de suporte de vida, foi encontrada relação entre o uso qualquer medida de suporte de vida: invasivos (SNE, CVC, TQT e TOT), ATB ou DVA, e o uso de qualquer outra medida de suporte. Também houve associação entre essas medidas e a presença de complicação por dispositivos. Além disso, houve relação entre número de indicações de CP e o uso de DVA, ATB, CVC, TOT, SVD, SNE.

O gráfico abaixo mostra o padrão de uso de dispositivos para os pacientes candidatos a CP.

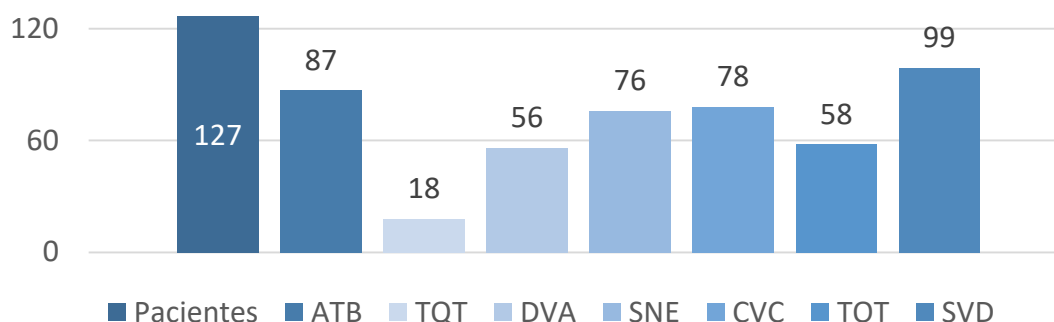


Gráfico 6 – Uso de dispositivos pelos pacientes elegíveis

### Perfil dos pacientes em cuidados paliativos

Todos os pacientes que receberam cuidados paliativos pela equipe tinham pelo menos uma indicação de CP de acordo com a análise do prontuário. Dos pacientes candidatos, mas que não receberam CP (99 pacientes), foi discutido o caso com os familiares em apenas 15 casos (15,15%). Houve relação entre indicação de CP pela equipe e relato de discussão do caso com os familiares ( $p < 0,001$ ).

Em relação ao motivo da internação em BOX de emergência apenas para os pacientes em CP, 46,4% das internações foram por “Doenças do aparelho respiratório” como a principal causa, seguido de 21,4% por “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e 10,7% por “Doenças do aparelho digestivo” e “Doenças do aparelho circulatório”. Já os pacientes que não receberam CP foram internados predominantemente por “Doenças do aparelho circulatório” (33,3%), e doenças infecciosas (11,1%), apresentando um padrão mais distribuído entre as causas. Houve uma relação significativa com indicação de CP quando a internação foi por causas respiratórias ( $p < 0,005$ ), bem como não indicação de CP quando a internação se deu por causas cardiovasculares ( $p < 0,020$ ). O Gráfico 7, abaixo, apresenta esta relação.

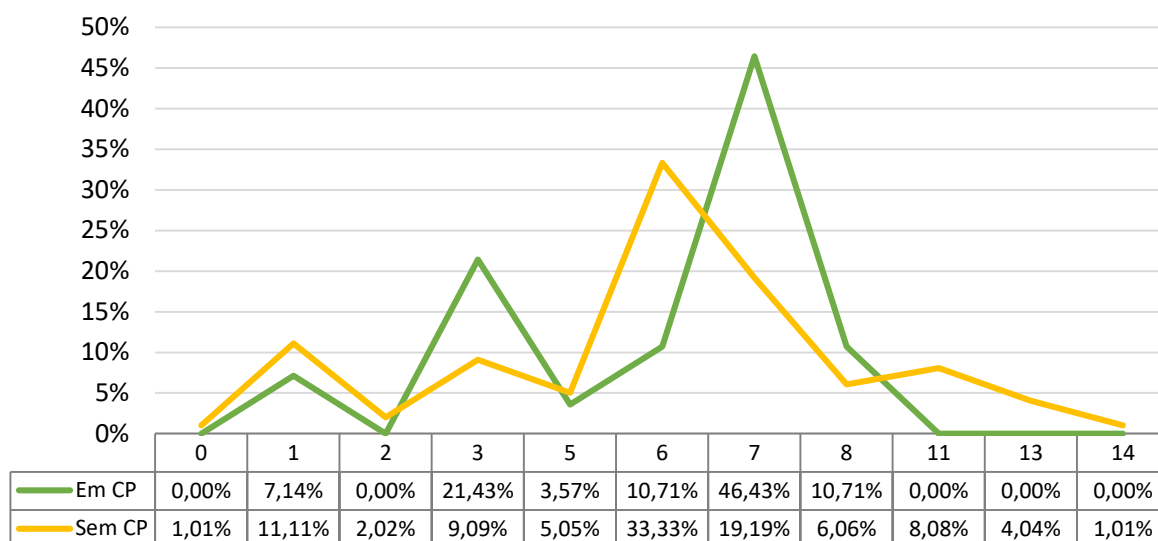


Gráfico 7 – Indicações de BOX pela causa, conforme Anexo 3. Nenhuma indicação foi feita sob os critério quatro, nove, dez, doze e quinze.

Em relação à terminalidade dos pacientes, os pacientes apresentaram um número semelhante de sistemas em falência ( $p = 0,056$ ). Pacientes sem CP apresentaram predominância de doenças cardíacas, seguido de doenças renais e síndrome de fragilidade. E “Síndrome de fragilidade” (presente em 42,86% dos pacientes em CP) como a principal causa definidora de fim de vida nos pacientes em CP, havendo uma relação entre indicação de CP e fragilidade ( $p < 0,011$ ) e câncer ( $p < 0,004$ ) como mostra o gráfico abaixo.

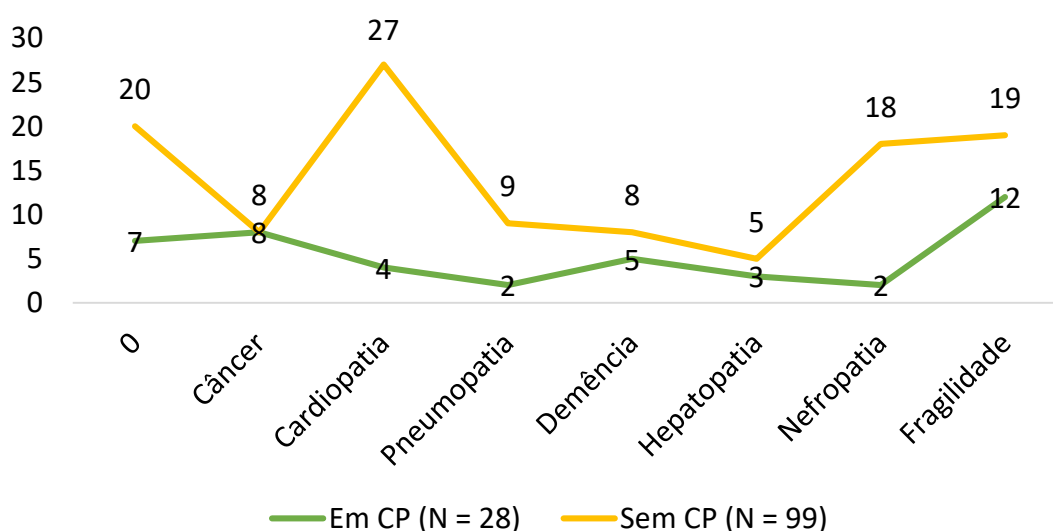


Gráfico 8 – Distribuição de sistemas em terminalidade, de acordo com Anexo 2. Dividido conforme indicação de CP.

Em relação às causas de indicação de CP, foram no total 273 indicações nos dois grupos (N= 127), com uma média de 2.15 indicações por paciente, sendo 92 para os pacientes em CP (média de 3.29) e 181 causas de indicação para os elegíveis sem CP (média de 1.83). Houve relação significativa entre o fato do paciente receber CP da equipe médica assistente e o número de indicações de CP obtidas de acordo com o prontuário ( $p<0,001$ ). Também, houve relação entre a indicação de CP pela equipe e a descrição de mau prognóstico em prontuário ( $p<0,001$ ), bem como o fato de o paciente preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida ( $p<0,033$ ). O Gráfico 8, abaixo, traz a distribuição do número de causas de indicações de CP.

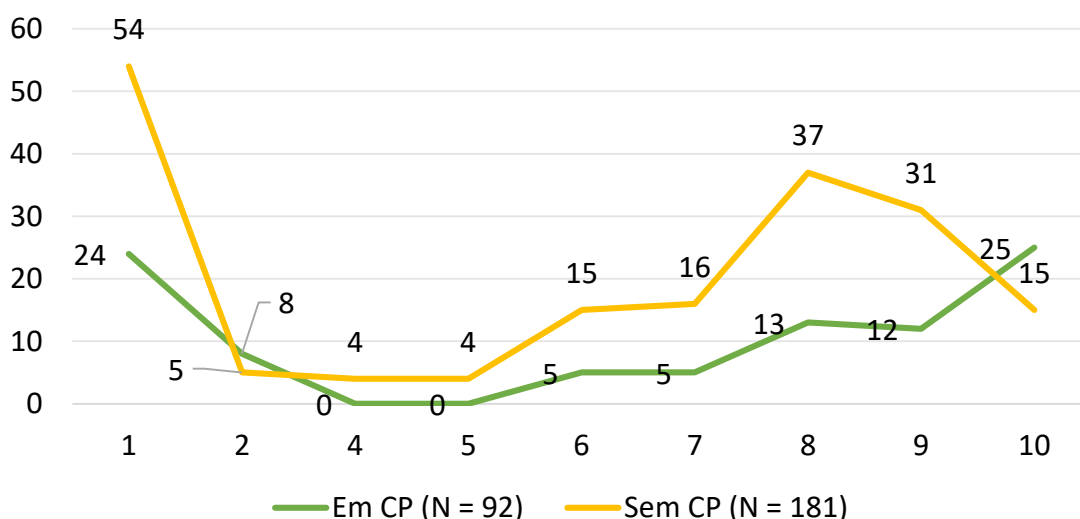


Gráfico 9 – Distribuição de indicação de CP pela avaliação do prontuário, baseado no Anexo

#### 1. Dividido conforme indicação de CP pela equipe assistente.

Quando comparadas as medidas paliativas adotadas para estes dois grupos, viu-se que os pacientes em CP receberam mais cuidados do que aqueles sem CP ( $p<0,001$ ), independentemente da medida implementada ( $p<0,047$ ). Dos 28 pacientes em CP, foram realizadas 56 medidas paliativas em 18 deles (64,28%). Nenhum paciente que recebeu alguma

medida em CP foi submetido a RCP ao óbito. Apenas dois candidatos sem indicação de CP pela equipe receberam alguma medida paliativa. O Gráfico 10, abaixo, demonstra estes resultados.

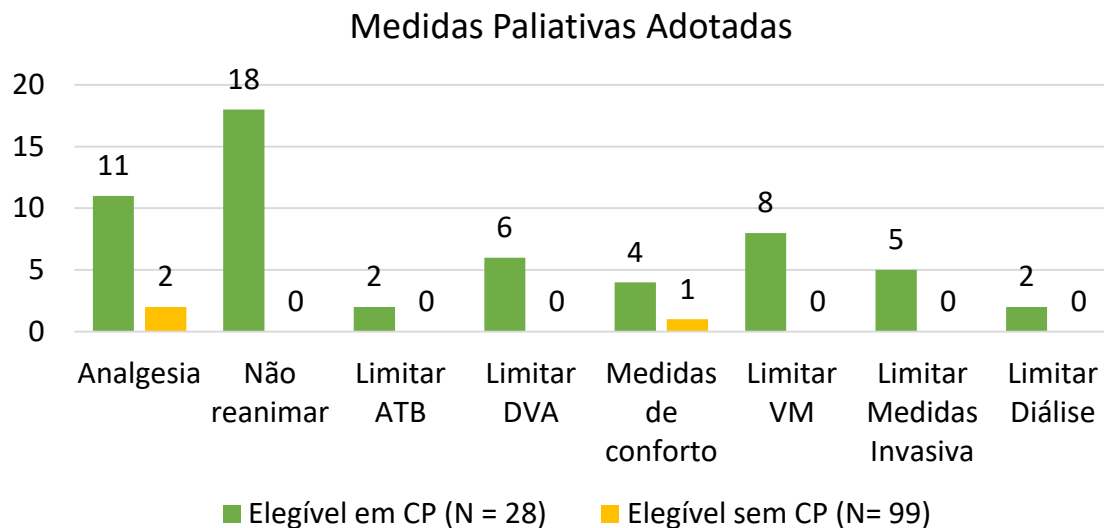


Gráfico 10 – Medidas paliativas adotadas para os pacientes candidatos a CP. Dividido em conforme a indicação de CP pela equipe assistente.

O gráfico abaixo mostra a proporção do uso de dispositivos, ATB e DVA nos pacientes em cuidados paliativos. O dispositivo mais utilizado, assim como para o grupo total de pacientes, foi a SVD, em 71,4% dos pacientes, empatado com SNE. Quanto ao uso de medidas de suporte de vida, os pacientes em CP seguiram o mesmo padrão quando comparados aos pacientes candidatos em geral.

Mesmo quando descrito em prontuário “não ventilar” ou “sem medidas invasivas”, os pacientes ou já tinham feito estas medidas ou fizeram após a indicação. Por este motivo, não houve relação significativa entre o uso de dispositivos invasivos para os pacientes candidatos e aqueles em CP. Ou seja, independentemente da indicação ou não de CP pela equipe, os pacientes receberam, os mesmos cuidados em relação a antibióticos, sondas, drogas vasoativas e ventilação mecânica. O gráfico abaixo mostra o padrão de condutas para os pacientes elegíveis.

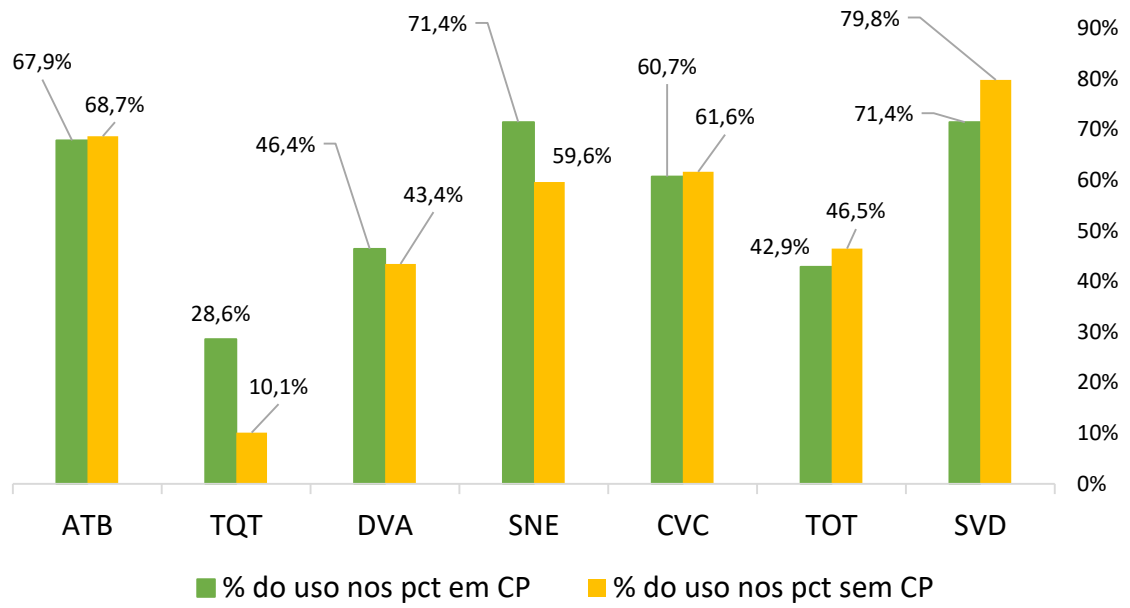


Gráfico 11 – Uso de medidas de suporte de vida nos pacientes em CP (N = 28) versus candidatos sem CP.

## 7. DISCUSSÃO

### **Perfil Epidemiológico, Avaliação de Indicação de CP e Desfechos**

Em nosso estudo encontramos um paciente de 73 anos, do sexo feminino, internado por 22 dias por doença do sistema circulatório, que não necessitou de UTI e evoluiu com alta pela enfermaria. Embora elegível para CP por não ser candidato à terapia curativa, não apresentava critérios de definição de fim de vida e não recebeu indicação de CP nem qualquer medida paliativa. Fez uso de apenas um esquema de ATB e necessitou de SVD. Não necessitou de DVA, CVC, TOT, TQT ou SNE. Não teve descrito a discussão do caso com os familiares.

Quando avaliado o **paciente com alguma indicação de CP**, sua idade foi de 74, sexo feminino, internado por 31 dias por doença do sistema respiratório, sem a necessidade de UTI. Embora não tenha recebido CP ou qualquer medida paliativa, era elegível para CP por não ser candidato à terapia curativa, e morreu no BOX de emergência. Apresentou terminalidade cardiovascular ou por fragilidade, fez 2 esquemas de antimicrobianos e utilizou CVC, SVD e SNE. Não utilizou DVA, TOT ou TQT.

Por fim, quando avaliado o perfil do paciente que **recebeu CP pela equipe** médica, sua idade foi de 78 anos, sexo feminino, internado por 37 dias, quando faleceu no BOX de emergência. Internado por doença do aparelho respiratório, em cuidados paliativos por doença incurável, mal prognóstico e internação prolongada sem sinais de melhora, embora sem necessidade de UTI. Apresentava terminalidade por fragilidade. Foi conversado com os familiares a respeito do seu quadro. Recebeu três esquemas de ATB, CVC, SVD e SNE. Não utilizou DVA, TOT, TQT. Não foi ressuscitado, mas também não recebeu sedação paliativa, medidas de conforto ou limitação de medidas de suporte de vida.

Considerando este estudo como o primeiro a ser realizado neste centro, o número restrito de trabalhos nacionais e internacionais disponíveis que buscam descrever a população idosa sob o contexto de cuidados paliativos na emergência e a ausência de uma bibliografia de referência,

a comparação dos resultados foi feita de maneira comparativa com alguns estudos relacionados ao tema.

Quanto ao perfil, foram comparados idade, sexo, proporção de pacientes elegíveis para CP e proporção de indicação de CP pela equipe pelo total de pacientes, conforme a tabela a seguir.

	HRSM /DF	DE FARIA, 2015	SMITH, 2014 *	SMITH, 2014 **	ZERTUC HE, 2018	DESMEDT, 2011
IDADE DOS ELEGÍVEIS	74,48 (±9,11)	62 (± 6,59)	71.6	68.2	63 (± 17,2)	72
SEXO FEMININO	57,5%	39,5%	51,9%	58.8%	53%	55%
ELEGÍVEIS/ TOTAL DE PACIENTES	52,5%	41%	-	-	66,6 %	-
RECEBERAM CP (PROPORÇÃO DO TOTAL DE PACIENTES DA EMERGÊNCIA)	11,6%	-	51,5%	12,5%	-	18,8% dos idosos;  9,4% do total

\* CONSIDERANDO APENAS OS PACIENTES QUE MORRERAM.

\*\* CONSIDERANDO APENAS OS PACIENTES QUE NÃO MORRERAM

Tabela 4 – Perfil comparativo dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos.



Quanto à causa que levou à necessidade de internação, foi observado grande variabilidade nos dados e padrão heterogêneo entre os trabalhos, conforme mostra a tabela abaixo.

	<b>HRSM/DF</b>	<b>DESMEDT, 2011 (TODAS AS IDADES)</b>	<b>SMITH (TODAS AS IDADES, APENAS ÓBITOS)</b>
<b>ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.</b>	7,14	0,8	11,3
<b>NEOPLASIAS (TUMORES).</b>	-	51,4	19
<b>DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS.</b>	21,43	-	-
<b>TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.</b>	-	16,1	-
<b>DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO.</b>	3,57	3,2	-
<b>DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO.</b>	10,71	13,2	24,3
<b>DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO.</b>	46,43	6,4	18,3
<b>DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO.</b>	10,71	5,2	9
<b>DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO.</b>	-	2	3,9
<b>OUTROS</b>	-	-	14,2

Tabela 5 – Motivo de internação na sala de emergência para os pacientes em CP, conforme Anexo III.

A evolução do paciente geriátrico internado na unidade de emergência está intrinsecamente relacionada às suas comorbidades. Além das DCNT adquiridas por estes pacientes ao longo da vida, também devem ser consideradas as síndromes geriátricas que se desenvolvem com o envelhecimento – demência, depressão, *delirium*, fragilidade, desnutrição, quedas, dentre tantas outras patologias que interferem no cotidiano e limitam a qualidade de vida destes pacientes e que estão associadas ao pior prognóstico de suas doenças de base e à menor expectativa de vida (BALDUCCI, 2014). Um estudo com 2.282 pacientes de sete países

diferentes demonstrou que até 78% dos pacientes com 75 anos de idade ou mais apresentam alguma síndrome geriátrica à admissão no departamento de emergência (GRAY, 2013). A tabela abaixo apresenta a presença de doenças de base nestes pacientes, divididas conforme o sistema acometido.

	<i>HRSM/DF</i>	<i>DE FARIA, 2015</i>	<i>ZERTUCHE-MALDONADO, 2018*</i>
<i>Cardiopatias (%)</i>	24,4	32,3	36
<i>Neuropatias (%)</i>	-	27	-
<i>Pneumopatias (%)</i>	8,66	25	5
<i>Demência (%)</i>	10,24	19,7	4
<i>Neoplasia (%)</i>	11,81	7,3	8
<i>Nefropatia (%)</i>	16,53	7,3	21
<i>Hepatopatia (%)</i>	6,3	9,3	10
<i>Fragilidade (%)</i>	22,83	-	8
<i>Dois ou mais sistemas (%)</i>	20,47	28,1	-
<i>*Dividido conforme porcentagem do total de sistemas em terminalidade</i>			

Tabela 6 – Comparação da distribuição da presença de doenças de base nos pacientes elegíveis a CP

As condutas adotadas incluem desde medidas de conforto, à limitação do suporte avançado de vida. A tabela a seguir apresenta um comparativo entre a proporção (em %) da adoção de medidas paliativas nos pacientes com indicação de CP. Em nossa casuística foi utilizado o grupo “Em cuidados paliativos”, determinado pela equipe assistente para a

comparação. Em DESMEDT, 2011, foram apresentados os valores para os pacientes com expectativa de vida menor do que sete semanas, seguido dos valores para aqueles com expectativa maior do que um ano (extremos máximo e mínimo do trabalho). Quando comparado ao nossos resultados, percebeu-se aplicação inferior das medidas em nosso estudo, com exceção da sedação paliativa, mas dados semelhantes quando comparados às medidas instituídas para pacientes com expectativa de vida maior do que um ano.

*Proporção de adoção das medidas (%)*

	HRSM	NASCIMENTO, 2016	DESMEDT, 2011 *
<i>Limitação de RCP</i>	64,28	96,8	Geral 71,1 100 - 67,2
<i>Limitação de intubação/ VM</i>	28,57	73,6	-
<i>Limitação de hemodiálise</i>	7,14	68,7	-
<i>Limitação DVA</i>	21,43	55,8	-
<i>Sedação paliativa</i>	39,29	33,00	-
<i>Limitação de ATB</i>	17,86	-	80% – 3,1%

\* Adoção de medidas baseado na expectativa de vida, descrito: <7 dias a >1 ano.

Tabela 7 – Comparativo entre a proporção da adoção de medidas paliativas nos pacientes em cuidados paliativos.

Segundo dados do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar/ HRSM, quando aplicados os critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Anexo IV), apenas sete dos 78 pacientes do estudo que necessitaram de UTI (8,97%) apresentaram alguma infecção relacionada à assistência,

*versus* 35 com alguma complicação descrita em prontuário (44,87%). Ou seja, foram descritas até cinco vezes mais infecções no prontuário do que confirmadas de fato, segundo aquele protocolo. Por outro lado, as descrições em prontuário incluíam tanto as complicações diretas quanto indiretas, e não apenas as infecções. Mais estudos poderiam precisar esta relação.

Dos oito pacientes com critério para infecção hospitalar, houve um total de nove complicações, sendo elas: Três pneumonias associada à ventilação, três infecções de CVC, duas traqueítes e uma ITU, sendo que 85,71% destes pacientes morreram. Todos utilizaram ATB, CVC, TOT, SNE, SVD e DVA, com uma média de 4,28 ( $\pm 2,86$ ) esquemas de ATB. Apenas dois não foram traqueostomizados; 87,5% apresentavam indicação de CP, com uma média de 3 indicações por paciente, mas apenas 37,5% deles receberam.

### **Contexto Financeiro**

Considerando os atendimentos no período, segundo dados coletados juntamente com o Núcleo de Gestão de Custos – NGC/ HRSM e pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no portal do DATASUS, o custo total da internação para os idosos no pronto-socorro foi de R\$ 2.388.360,41, com um custo médio de R\$ 2.944,96 por internação e custo leito/dia de R\$ 137,61. Quando comparado à media geral (isto é, todas as admissões no PS – pediátricos, adultos e idosos), esses valores são de R\$ 8.297.212,33, R\$ 1.029,94 e R\$ 115,72, respectivamente. Portanto, o custo médio da internação de um único idoso no PS/HRSM é 2,86 vezes maior do que a média de todos os pacientes.

Quando comparado à literatura, observa-se um custo médio de R\$ 239,40 para pacientes em geral internados no pronto-socorro por causas naturais (VASCONCELOS, 2011).

Dados relacionados aos custos exclusivos ao box de emergência do HRSM não puderam ser apresentados, uma vez que não são discriminados pelo NGC, nem pelo DATASUS, apenas uma média dos gastos gerais com os atendimentos, porém podemos pressupor que o valor estimado para um paciente de box de emergência deva ser bem mais elevado, uma vez que esta

dispõe de estrutura para cuidado semi-intensivo e, segundo a literatura, o custo em uma unidade semi-intensiva pode se assemelhar ao custo de tratamento em uma unidade de terapia intensiva (LENOTTI, 2012). Não havia discriminação de custo baseado na indicação de cuidados paliativos.

O tempo médio de permanência do paciente nas UTIs internacionais é de 5,3 ( $\pm 2,6$ ) dias de internação, no Brasil, 3-4 dias, e no DF, 18,7 dias. Para o hospital terciário da rede (Hospital de Base de Brasília), a taxa atingiu 30,9 dias. O tempo médio de internação em UTI encontrado em nosso trabalho foi de 21,1 ( $\pm 18,3$ ) dias para todos os idosos admitidos no BOX que necessitaram e tiveram sua vaga de UTI disponibilizada. (Williams, 2005; GDF, 2008).

Segundo relatório da ANS (2013), a meta para o tempo médio de permanência na UTI Adulto seria de 4,5 a 5,3 dias, valor muito abaixo do encontrado em nossa realidade e em nossos resultados. A agência sugere a implantação de protocolos para causar impacto no indicador, como por exemplo protocolo de indicação de limitação de suporte avançado de vida em pacientes com esta indicação.

De acordo com metanálise de 2016, a implementação de CP em uma UTI diminui, em média, 2,5 dias do tempo total de internação (MARTINS, 2016).

Em nosso trabalho, a média de tempo de internação em UTI ocorreu de acordo com a Tabela abaixo:

	<i>Todos os pacientes que necessitaram de UTI (N= 78)</i>	<i>Elegíveis a CP que necessitaram de UTI (N= 58)</i>	<i>Pacientes em CP que necessitaram de UTI (N= 13)</i>
<i>Tempo médio de internação</i>	21,1 ( $\pm 18,3$ )	17,6 ( $\pm 12,7$ )	30,5 ( $\pm 22,4$ )

Tabela 8 – Tempo médio de internação dos pacientes que necessitaram de UTI.

Embora apresentem tempo de internação numericamente diferentes, não houve diferença significativa no tempo de internação quando comparados os pacientes que receberam CP com os outros dois grupos ( $p > 0,216$ ). Numericamente falando, houve uma diferença de média de 12,9 dias a mais de internação em UTI para os pacientes que receberam CP. Uma hipótese que explicaria essa diferença seria a implementação tardia de CP nesses pacientes, que por sua vez poderia ser justificado por uma ausência de reconhecimento precoce, uma vez que as principais indicações de CP estavam relacionadas à falha terapêutica e ao prognóstico ruim.

O custo médio diário de um paciente internado na UTI no período do estudo foi de R\$ 4.617,49. Considerando o tempo total do estudo, houve um gasto de R\$ 5.074.621,51 em 1099 dias somados de internação apenas na UTI.

Em situação hipotética, caso os pacientes que receberam CP apresentassem uma média de tempo de internação semelhante ao da bibliografia, isto é, 2,5 dias a menos do que os que não receberam a indicação – ou seja, se o tempo de internação para os pacientes em CP fosse de 15,1 dias – a economia por paciente poderia chegar a R\$ 71.571,09 apenas pelo menor tempo de internação, somando um total de R\$ 930.424,23. Caso todos os pacientes elegíveis tivessem recebido CP, esta situação mudaria para uma economia total de R\$ 1.449.891,85, isto é, 28,57% de economia, mantendo-se o mesmo custo leito/dia.

Somando o custo dos pacientes quando internados no pronto-socorro ao custo na UTI, encontramos um valor de R\$ 7.462.981,92.

O valor é impreciso, uma vez que houve transferências para outras unidades e alguns pacientes submetidos a tratamentos específicos que não foram computados. Mesmo assim, a partir destes valores conseguimos ter uma ideia de quais são estes valores, agora divididos para os idosos e para aqueles com indicação de CP.

### **Custo Relacionado às Medidas Adotadas**

Segundo o DATASUS, no primeiro semestre de 2018, cada traqueostomia custava uma média de R\$ 14.446,16. Dezoito pacientes elegíveis a CP foram traqueostomizados. Dos 28 pacientes que receberam CP, oito (28,57%) foram traqueostomizados, e apenas 8 (28,57%) tinham descrito “não ventilar” em seu prontuário. Caso houvesse limitação na indicação de traqueostomia, poderiam ser economizados até R\$ 260.030,88 reais.

Segundo LOSS, 2015, os custos de um paciente que recebe VM são aproximadamente 23,47% maiores do que naqueles que não recebem. Dos pacientes elegíveis para CP, 60 (46,87%) receberam VM, assim como 12 (42,85%) dos pacientes em CP.

Em relação ao uso de antimicrobianos, foram gastos R\$ 502.204,15 em tratamento para infecções bacterianas apenas no pronto-socorro. Considerando que 10% das admissões são de idosos, e que estes consomem até 2,86 vezes mais em custos do que a média, o custo calculado de ATB por este grupo é de R\$ 143.630,49 reais. Em nossa casuística, 131 utilizaram ATB, perfazendo o custo médio de R\$ 1.096,41 reais por paciente ou R\$ 443,30 por esquema de ATB. Dos pacientes elegíveis para CP, 87 (67,97%) utilizaram pelo menos um esquema de antimicrobiano, e dos pacientes em CP, 19 (67,86%) fizeram ATB. Caso fosse implementada a limitação do uso de ATB nos pacientes elegíveis, poderiam ser economizados até R\$ 113.041,50 em antibioticoterapia.

Embora indicadas para estes pacientes, as medidas de suporte de vida para o paciente em cuidados paliativos devem ser consideradas baseando no princípio da individualidade, como preconizam os CP. A introdução dessas medidas deve ser feita considerando caso a caso, de maneira a evitar a obstinação terapêutica e o sofrimento desnecessário. Devem ser questionados os reais benefícios da introdução dessas medidas – se são, ou não, custo-efetivas no cuidado do paciente.

De maneira geral, a indicação de CP está relacionada a diminuição dos custos da internação. Uma revisão sistemática levantou 54,268 artigos de 1980 a 2011, selecionando 46 após aplicação de critérios de exclusão, e encontrou que existe uma relação significativa entre indicação de cuidado paliativo e diminuição no custo final do cuidado do paciente, tanto para cuidados em domicílio, quanto para os cuidados em pacientes internados (SMITH, 2014).

Hipoteticamente, caso fosse indicado CP em todos os pacientes elegíveis e aplicadas as medidas paliativas consideradas acima, poderiam ser economizados aproximadamente 46,54% dos custos relacionados aos pacientes em CP, isto é, um custo total de R\$ 1.822.964,23 R\$ 14.354,05 reais por paciente ou R\$ 985,04 por leito/dia. Caso considerado no contexto de todas as internações de idosos, justificaria uma diminuição de 24,42% no custo total de internação dos idosos. Valor semelhante ao da literatura (MORRISON, 2011; SMITH, 2003).

Com a evolução da tecnologia e a capacidade da manutenção da vida por um período mais longo, agarramo-nos à falsa esperança da melhora no prognóstico de alguns pacientes, mesmo quando a morte é inevitável. Muitas vezes é rotineira a prática da manutenção destes pacientes por período prolongado, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para pacientes, familiares, equipe e gestores. (MORTIZ, 2005).

Devido à própria metodologia, elementos que deveriam ser coletados podem ter se perdido, como a descrição de sintomas, comorbidades prévias, aspectos psicossociais, discussões com familiares, entre inúmeros outros fatores. Devido à esta mesma dificuldade, não foram coletados dados suficientes para caracterizar os critérios de terminalidade das doenças de base dos pacientes de maneira satisfatória. Principalmente em relação à demência e síndrome de fragilidade. É possível que os dados possam ter sido subestimados.



## 8. CONCLUSÃO

Poucos são os estudos que buscam entender os pacientes idosos internados na emergência quando o assunto é CP. Ainda que se conheça bem o perfil dos idosos na emergência e dos CP nos idosos, a bibliografia ainda é escassa na internação desses dois elementos.

Neste trabalho, encontramos uma proporção semelhante à da literatura no que diz respeito aos pacientes que seriam elegíveis para CP; viu-se que a indicação de CP nos elegíveis, embora realizada principalmente nos pacientes que morreram, se assemelham à proporção da indicação nos pacientes elegíveis com mais de um ano de expectativa de vida. Quando comparados a todos os pacientes, encontramos uma proporção muito inferior à da literatura.

Além disso, foi observado menor proporção na aplicação de medidas paliativas – medidas de conforto e limitação de medidas de suporte avançado de vida. Com exceção da sedação paliativa, todas as outras medidas foram menos empregadas quando comparadas a outros centros com pacientes em CP. Este número se torna mais expressivo se considerarmos todos os pacientes elegíveis, e não apenas os que, de fato, receberam indicação de CP.

Quanto aos custos, embora CP não se configure como medida de redução de custos, este acaba sendo um de seus principais efeitos colaterais. Considerando a redução de gastos hipotética à implementação de CP conforme dados da literatura, o custo dos pacientes em CP seria aproximadamente 46,5% menor, e o custo total com os idosos admitidos no BOX, 24,4% inferior. Valor próximo ao da literatura, que sugere uma economia próxima a 59% no custo total.

No entanto, novos estudos são necessários a fim de se entender quais os fatores que justificam estes resultados para, a partir daí, traçarmos estratégias que possam impactar nos

dados encontrados. Estudos que busquem entender a efetividade da introdução dos CP nesta população, isto é, que avaliem a qualidade de vida destes pacientes e da família, também são imprescindíveis. Ainda assim, o presente trabalho cumpre um papel fundamental, o de fomentar a discussão sobre CP e mostrar que, assim como descritos na literatura, na prática também existem significativos benefícios na implementação de cuidados paliativos.

Cabe a nós conhecermos o sistema no qual estamos inseridos para, de maneira orientada e eficaz, construirmos modelos de atuação, que servirão de base para otimizarmos nossas condutas, a fim de trazer o maior benefício possível, considerando paciente, família, equipe e sistema.

## 9. REFERÊNCIAS:

1. ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência UTI Adulto. V1.01 – Janeiro de 2013
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2017.
3. ALLIANCE, Worldwide Palliative Care et al. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
4. ARAÚJO, MMT. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. / Monica Martins Trovo de Araújo. – São Paulo: M. M. T. de Araújo, 2006.
5. BALDUCCI, Lodovico. Cancer in the elderly: biology, prevention, and treatment. In: Abeloff's clinical oncology. Content Repository Only!, 2014. p. 904-913. e2.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Indicadores de saúde – Brasil, 1998 - 2016; Dados disponíveis em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 2019.
8. CARVALHO, RT; Manual de cuidados paliativos ANCP. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012.
9. COSTA, RS et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. Saúde em Debate, v. 40, p. 170-177, 2016.
10. DAVIS, N. F. et al. Incidence, cost, complications and clinical outcomes of iatrogenic urethral catheterization injuries: a prospective multi-institutional study. The Journal of urology, v. 196, n. 5, p. 1473-1477, 2016.
11. DE FARIA, J. A. M. et al. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek–FHEMIG. Rev Med Minas Gerais, v. 25, n. 1, p. 25-29, 2015.
12. FRASER, GL. et al. The frequency and cost of patient-initiated device removal in the ICU. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2001.
13. GDF, Governo do Distrito Federal. Relatório Estatístico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília. Núcleo de Controle de Estatísticas e Tendências. Brasília. 2008.

14. GUTIERREZ, BAO. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012.
15. GRAY, L C. et al. Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Annals of emergency medicine*, v. 62, n. 5, p. 467-474, 2013.
16. MALTA, DC. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n. suppl 1, p. -, 2017.
17. McCHOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004. p.167-80.
18. LENOTTI, LZ. et al. Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 6, 2012.
19. LEONCINE, Maury; BORNIA, Antonio Cezar; ABBAS, Katia. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. *Production*, v. 23, n. 3, p. 595-608, 2013.
20. LIMA, AFC. et al. Custos das atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 5, p. 880-887, 2012.
21. LOSS, SH. et al. The reality of patients requiring prolonged mechanical ventilation: a multicenter study. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, v. 27, n. 1, p. 26-35, 2015.
22. MARTINS, BDCPC. Cuidados paliativos para pacientes em estado terminal em Unidades de Terapia Intensiva: revisão sistemática e metanálise. 2016.
23. MORITZ, RD. Critérios prognósticos de pacientes graves: comparação entre a percepção dos médicos e o índice APACHE II. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 17, n. 3, p. 176-80, 2005.
24. MORRISON, RS. et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Archives of internal medicine*, v. 168, n. 16, p. 1783-1790, 2008.
25. MORRISON, R. Sean et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health affairs*, v. 30, n. 3, p. 454-463, 2011.

26. NASCIMENTO, Fátima. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 294-300, 2016.
27. NHMRC - National Health and Medical Research Council. Living well with an advanced chronic or terminal condition. Australia: Australian Government publication, 2011.
28. OLIVEIRA, ABF de et al . Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 250-256, Sept. 2010.
29. OMS, Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª Revisão (CID-10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português; 1995, v.1.
30. PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p.181-208.
31. PUPIM, CT. CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: Concepção da Equipe Multiprofissional. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória: EMESCAM, 2018.
32. KANE, P. M. Palliative care for advanced renal disease: A summary of the evidence and future direction. *Palliative Medicine* 2013; Jun 13. PubMed PMID: 23765187.
33. SÁ, C. A. de L. et. al. ANÁLISE DE CUSTO-LEITO DE UTI HOSPITALAR. Anais do IV SINGEP – São Paulo – SP – Brasil – 08, 09 e 10/11/2015
34. SANDRA, CG. Dionicio Palacios Ríos: Tamano de la población mínima con necesidad de cuidados paliativos en México 2000–2011. *Medicina Paliativa* 2017; 23:213–214.
35. SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos. Brasil, 2015.
36. SMITH, Thomas J. et al. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *Journal of palliative medicine*, v. 6, n. 5, p. 699-705, 2003.

37. SMITH, Samantha et al. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative medicine*, v. 28, n. 2, p. 130-150, 2014.
38. TEMEL, JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42 (PDF) Custos x Benefícios Cuidados paliativos: mais benefícios.
39. TORRES-VIGIL I, et al.: Health care providers' assessments of the quality of advanced- cancer care in Latin American medical institutions: A comparison of predictors in five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2008;22:7–20.
40. VAN MECHELEN W, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative Medicine* 2013; 27(3):197-208. PubMed PMID: 22312010.
41. VASCONCELOS, GM et al. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 2, 2009.
42. WHO: Cancer pain relieve and palliative care Technical report series 804, World Health Organization, Geneva; 1990.
43. WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
44. WILLIAMS, T. A.. Long-term survival from intensive care: a review. *Intensive Care Med*. 2005;31(10):1306-15.
45. ZERTUCHE-MALDONADO, Tania et al. Palliative Care Needs in an Acute Internal Medicine Ward in Mexico. *Journal of palliative medicine*, v. 21, n. 2, p. 163-168, 2018.

## 10. ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1 – Indicações de Cuidados Paliativos segundo as condições do paciente. (Adaptado de CARVALHO, 2012)

1	Paciente não é candidato à terapia curativa
2	Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida
3	Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas
4	Sintomas não controlados (náusea, dispneia, vômitos, etc.)
5	Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado
6	Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
7	Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias
8	Internação prolongada sem evidência de melhora
9	Internação prolongada em UTI
10	Prognóstico documentado pela equipe médica

ANEXO 2 – Critérios de terminalidade da doença de base. (Adaptado de CARVALHO, 2012)

Considerar a consulta sobre Cuidados Paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base	
Câncer	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
Doenças cardíacas	Sintomas de ICC durante o repouso FE < 20% Uma nova disritmia Ataque cardíaco, síncope ou AVC Idas frequentes ao PS devido aos sintomas
Doenças Pulmonares	Dispneia durante o repouso Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita Saturação de O <sub>2</sub> < 88% Pco <sub>2</sub> > 50 Perda de peso não-intencional
Demência	Incapacidade para andar Incontinência Menos de seis palavras inteligíveis Albumina < 2.5 ou menor ingestão por via oral Idas frequentes ao PS
Doenças hepáticas	TP > 5s Albumina < 2,5 Ascite refratária Peritonite bacteriana espontânea Icterícia Desnutrição ou perda de massa muscular
Doenças renais	Não candidato à diálise Depuração de creatinina < 15mL/min Creatinina sérica > 6

Síndrome de fragilidade	Idas frequentes ao PS Albumina < 2,5 Perda de peso não intencional Úlceras de decúbito Confinamento ao leito/domicílio
-------------------------	--

ANEXO 3 – Tabela para “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde” (Adaptado CID-10)

1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.
2	Neoplasmas (tumores).
3	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
4	Transtornos mentais e comportamentais.
5	Doenças do sistema nervoso.
6	Doenças do aparelho circulatório.
7	Doenças do aparelho respiratório.
8	Doenças do aparelho digestivo.
9	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.
10	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.
11	Doenças do aparelho geniturinário.
12	Gravidez, parto e puerpério.
13	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
14	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.
15	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

ANEXO 4 – Tabela com os critérios diagnósticos das infecções apresentadas pelos pacientes. (Adaptado de ANVISA, 2017).

ITU Relacionada à Assistência de Saúde	Deve preencher <b>UM</b> dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualquer infecção do trato urinário relacionada a procedimento urológico;</li> <li>ITU não relacionada a procedimento urológico, diagnosticada durante ou a partir de 2 (dois) dias após a admissão em serviço de saúde e para a qual não são observadas quaisquer evidências clínicas <b>E</b> não estava em seu período de incubação no momento da admissão.</li> </ul>
Pneumonia definida clinicamente	Paciente com doença cardíaca ou pulmonar de base* com <b>DUAS</b> ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Infiltrado;</li> <li>•Opacificação;</li> <li>•Cavitação.</li> </ul> E pelo menos <b>UM</b> dos sinais e sintomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (temperatura: &gt;38oC), sem outra causa associada;</li> <li>• Leucopenia (&lt; 4000 cel/mm3) ou leucocitose (&gt; 12000 cel/mm3);</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes <math>\geq 70</math> anos.</li> </ul> <p>E pelo menos <b>DOIS</b> dos sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração;</li> <li>• Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 240</math> ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios);</li> <li>• Ausculta com roncos ou estertores;</li> <li>• Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.</li> </ul>
Pneumonia definida microbiologicamente	<p>Paciente <b>COM</b> doença cardíaca ou pulmonar de base* com <b>DUAS</b> ou mais radiografias de tórax seriadas com um dos seguintes achados, persistentes, novos ou progressivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrado;</li> <li>• Opacificação;</li> <li>• Cavitação.</li> </ul> <p>E Pelo menos <b>UM</b> dos seguintes sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (temperatura <math>&gt; 38^\circ\text{C}</math>), sem outra causa associada;</li> <li>• Leucopenia (<math>&lt; 4000 \text{ cel/mm}^3</math>) ou leucocitose (<math>&gt; 12000 \text{ cel/mm}^3</math>);</li> <li>• Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes <math>\geq 70</math> anos.</li> </ul> <p>E pelo menos <b>UM</b> dos seguintes sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração;</li> <li>• Piora da troca gasosa (dessaturação, como por exemplo <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 240</math>) ou aumento da oferta de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios);</li> <li>• Ausculta com roncos ou estertores;</li> <li>• Início ou piora da tosse ou dispneia ou taquipneia.</li> </ul> <p>Pelo menos <b>UM</b> dos resultados abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção;</li> <li>• Cultura positiva do líquido pleural;</li> <li>• Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com menor potencial de contaminação (ex: lavado broncoalveolar e escovado protegido);</li> <li>• Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de <math>\geq 5\%</math> leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares);</li> <li>• Cultura positiva de tecido pulmonar;</li> <li>• Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas.</li> <li>• Virus, Bordetella, Legionella, Chlamydophila ou Mycoplasma identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento;</li> <li>• Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: influenza, Chlamydophila);</li> <li>• Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para Legionella pneumophila sorogrupo I titulada <math>\geq 1:128</math> na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta;</li> <li>• Detecção de antígeno de Legionella pneumophila sorogrupo I em urina.</li> </ul>
Infecção Primária de Corrente Sanguínea	Paciente acima de 28 dias com agente patogênico identificado em uma ou mais hemoculturas
Critério 1	<p><b>E</b></p> <p>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso**</p>
Critério 2	<p>Paciente &gt; 1 ano apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Febre(&gt;38°C)</li> <li>•Calafrios</li> <li>•Hipotensão (pressão sistólica <math>\leq 90</math> mmHg)</li> </ul> <p><b>E</b></p> <p>Duas ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: Corynebacterium spp. (exclui C. diphtheriae), Bacillus spp. (exclui B. anthracis), Propionibacterium spp., Staphylococcus coagulase negativa, Streptococcus do grupo viridans, Aerococcus spp. e Micrococcus spp.</p> <p><b>E</b></p> <p>O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso</p>
Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter	Crescimento em ponta de cateter (em geral dos cinco centímetros distais de um cateter removido de forma asséptica) acima do ponto de corte para o método empregado (>15 UFC/ placa para a técnica de rolagem ou “semi quantitativa” e >100 UFC/mL para as técnicas “quantitativas”)
Critério 1	<p><b>E</b></p> <p>Crescimento de patógeno verdadeiro em uma ou mais hemocultura coletada por venopunção periférica ou crescimento de comensal de pele em duas ou mais hemoculturas coletadas por venopunções periféricas distintas de mesma espécie e perfil de antibiograma (variando em no máximo na suscetibilidade a um agente antimicrobiano) do isolado em ponta de cateter.</p>

Critério 2	<p>Crescimento de microrganismo em pelo menos uma hemocultura coletada por venopunção periférica.</p> <p><b>E</b></p> <p>Crescimento do mesmo microrganismo (mesma espécie e perfil no antibiograma com, no máximo, discrepância na suscetibilidade a um antimicrobiano) em sangue coletado através de lúmen de acesso venoso central com crescimento ocorrendo no mínimo 120 minutos mais rápido na amostra central do que na periférica.</p>
Critério 3	<p>Crescimento de microrganismo em pelo menos uma hemocultura coletada por venopunção periférica.</p> <p><b>E</b></p> <p>Crescimento do mesmo microrganismo (mesma espécie e perfil no antibiograma com, no máximo, discrepância na suscetibilidade a um antimicrobiano) em sangue coletado através de lúmen de acesso venoso central com crescimento no mínimo três vezes maior na amostra central do que na periférica.</p>
<p>* Pacientes SEM doença pulmonar ou cardíaca de base (exemplos: síndrome de desconforto respiratório agudo, displasia broncopulmonar, edema pulmonar ou doença pulmonar obstrutiva crônica) 01 (UMA) radiografia de tórax com as alterações descritas já é aceitável.</p> <p>** Outro foco infeccioso se aplica quando o paciente tem critério epidemiológico para outro tipo de infecção <b>E</b> - a cultura do sítio específico + hemocultura possui pelo menos um agente em comum</p> <p><b>OU</b></p> <p>- a hemocultura positiva é um elemento que define o sítio específico e é coletada dentro do período de janela para a data da infecção.</p>	